



Powiślańska Szkoła Wyższa
ul. 11 Listopada 29: 82-500 Kwidzyn
tel/fax (55) 261 31 39; tel. (55) 279 17 68
www.wsz.kwidzyn.edu.pl
dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl

Kwidzyn, dnia

.....
imię i nazwisko/ nr albumu

.....
Kierunek/specjalność oraz aktualny semestr

.....
Semestr, którego dotyczy podanie

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
dr n. med. Maria Ignacy Pirski**

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na udzielenie mi urlopu od zajęć na okres jednego semestru/dwóch semestrów* w roku akademickim/.....

Uzasadnienie:.....
.....
.....
.....

Z poważaniem

DECYZJA DZIEKANA:

Wyrażam zgodę na okres.....

Nie wyrażam zgody

.....
data i podpis Dziekana

.....
data i podpis studenta

Uwaga! Udzielenie urlopu od zajęć przedłuża termin planowanego ukończenia studiów i może nakładać na studenta obowiązki zaliczenia różnic programowych.

(*) niepotrzebne skreślić